

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

16 novembre 2022

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant à faciliter les nouveaux protocoles
de diagnostic du cancer du poumon et
une détection précoce du cancer
de la prostate auprès de patients
correctement informés**

(déposée par
Mme Kathleen Depoorter et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

16 november 2022

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de facilitering
van nieuwe diagnoseprotocollen
voor longkanker en
een vroegtijdige prostaatkankerdetectie
bij goed geïnformeerde patiënten**

(ingediend door
mevrouw Kathleen Depoorter c.s.)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant – Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est actuellement le plus répandu et constitue la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme. En 2018, l'Union européenne a dénombré 107.000 hommes décédés du cancer de la prostate, soit une nette augmentation par rapport à 2010, année au cours de laquelle 92.000 hommes étaient décédés des suites de cette maladie. Cette hausse est imputable à une propagande active et parfois agressive contre le dépistage du PSA¹. Dans l'intervalle, le cancer de la prostate est devenu la première cause de mortalité par cancer dans les pays scandinaves et les États baltes.

Chaque année, près de 450.000 hommes se voient diagnostiquer un cancer de la prostate en Europe². Ce cancer se manifeste généralement après soixante ans, mais se déclenche beaucoup plus tôt. Le risque est multiplié par deux ou trois lorsqu'un cancer de la prostate a été dépisté chez le père ou un frère du patient. Près de 9 % des hommes de plus de 80 ans qui consultent leur généraliste sont atteints d'un cancer de la prostate.³ Dans bien des cas, il passe toutefois inaperçu.

Beaucoup d'hommes ne se rendent pas compte qu'ils peuvent être atteints d'un cancer de la prostate et ne sont généralement pas informés de l'existence et de la valeur d'un test de mesure du taux d'antigène prostatique spécifique (PSA)⁴. Un examen microscopique de la prostate pratiqué post-mortem révèle la présence d'un cancer de la prostate chez 70 à 80 % des hommes de plus de 80 ans. Lorsque le cancer de la prostate n'a pas métastasé, le taux de survie dépasse dix ans chez plus de 90 % des hommes. Dans le cas d'un cancer métastatique, l'espérance de vie est significativement réduite et les traitements sont nettement plus onéreux et plus toxiques⁵.

¹ Ce test mesure le taux de PSA (antigène prostatique spécifique) dans le sang.

² H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi. org/1047671/TVG.7721211.

³ H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi. org/1047671/TVG.7721211; <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/prostaatkanker>.

⁴ H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi. org/1047671/TVG.7721211; <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/prostaatkanker>.

⁵ <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/prostaatkanker>.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Prostaatkanker

Prostaatkanker is momenteel de meest frequente en tweede meest voorkomende kanker met dodelijke afloop bij mannen. In 2018 stierven in de Europese Unie 107.000 mannen aan prostaatkanker, een duidelijke stijging ten opzichte van 2010, toen 92.000 mannen aan de ziekte overleden. Deze stijging is te wijten aan de actieve en bij wijlen agressieve propaganda tegen PSA- testing¹. Ondertussen is in de Scandinavische landen en de Baltische staten de prostaatkankersterfte de nummer 1 in kankersterfte.

Ongeveer 450.000 Europese mannen krijgen jaarlijks de diagnose van prostaatkanker². Prostaatkanker komt meestal voor na de leeftijd van 60 jaar maar ontstaat veel vroeger. Het risico is twee tot drie keer groter als bij de vader of broer prostaatkanker werd vastgesteld. Zo'n 9 % van de mannen ouder dan 80 jaar die de huisarts consulteren heeft prostaatkanker.³ Veel van de gevallen blijven echter onopgemerkt.

Heel wat mannen zijn er zich niet van bewust dat ze mogelijk lijden aan prostaatkanker en zijn meestal niet geïnformeerd over het bestaan en de waarde van een bepaling van het prostaat-specifieke antigeen (PSA)⁴. Bij lijkschouwingen wordt bij 70 tot 80 % van de tachtig-plussers prostaatkanker vastgesteld na microscopisch onderzoek van de prostaat. Meer dan 90 % van de mannen met niet-uitgezaaide prostaatkanker overleeft langer dan tien jaar. Bij uitgezaaide kanker ligt de levensverwachting beduidend lager en zijn de behandelingen veel duurder en toxischer⁵.

¹ PSA-test is een *prostate-specific antigen test*.

² H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi. org/1047671/TVG.7721211.

³ H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi. org/1047671/TVG.7721211; <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/prostaatkanker>.

⁴ H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi. org/1047671/TVG.7721211; <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/prostaatkanker>.

⁵ <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/prostaatkanker>.

Il est évident que la détection et le traitement précoces du cancer de la prostate diminuent le risque de mortalité et permettent de guérir assez facilement sans effets secondaires insurmontables et à moindre coût. En revanche, un cancer de la prostate avancé augmente la morbidité, avec un risque réel de métastases, de développer un carcinome prostatique résistant à la castration (dont le traitement est extrêmement coûteux) et d'en mourir. Ce décès survient après plusieurs années de qualité de vie dégradée (en raison de la nécessaire castration hormonale) et s'accompagne souvent de très fortes douleurs osseuses.

Depuis le dépistage du PSA, le nombre de diagnostics précoces du cancer de la prostate a augmenté. Dans le même temps, une polémique a éclaté sur les bénéfices réels dans une perspective plus large, étant donné que sans ce dépistage, beaucoup d'hommes ne sauraient jamais qu'ils sont atteints d'un cancer de la prostate "indolent" (soit un cancer lent ou faiblement actif/inactif), ne subiraient pas d'interventions, ne développeraient pas d'effets secondaires et n'en décèderaient pas. Les opposants à ce dosage du PSA fustigent dès lors le surdiagnostic et le surtraitement d'un cancer prostatique non mortel.

Un test diagnostique doit dès lors trouver un juste équilibre entre le bénéfice d'un dépistage précoce (sur la base du PSA) et les effets secondaires éventuels dus à un (sur)traitement.

Or, c'est précisément le dépistage précoce qui permet de limiter fortement le surtraitement et le surdiagnostic. Il est bénéfique pour le budget de l'assurance maladie car il permet d'éviter des traitements coûteux (et le remboursement du coût des effets secondaires qui en résultent).

Aujourd'hui, la prévalence du cancer prostatique repart à la hausse. Il faut toutefois replacer cette évolution dans son contexte: les causes sont essentiellement dues au vieillissement de la population et au dépistage précoce du cancer prostatique asymptomatique⁶. Cela ne pose pas de problème en soi: le véritable problème, c'est l'augmentation de la mortalité parce que les diagnostics sont posés trop tard à cause d'une campagne active de dissuasion du dépistage du PSA.

Le fait est effectivement qu'aujourd'hui, un recours intelligent et proportionnel aux test PSA permettrait de prévenir le développement de cancers à un stade avancé chez les hommes informés de 50 à 70 ans, et donc d'améliorer leur qualité de vie tout en réduisant les

Het is evident dat de vroegdetectie en vroegtijdige behandeling van prostaatkanker de prostaatkankersterfte vermindert en de mogelijkheid biedt om relatief makkelijk te genezen zonder onoverkomelijke bijwerkingen en tegen een relatief lage kostprijs. Een gevorderde prostaatkanker gaat gepaard met meer morbiditeit, een reële kans op uitzaaiingen, het ontwikkelen van castratie-resistentie prostaatcarcinoom (waarvan de behandeling extreem duur is) en uiteindelijk overlijden. Dit overlijden komt er na een paar jaren slechte levenskwaliteit (door de noodzakelijke hormonale castratie) en gaat vaak gepaard met erg uitgesproken botpijnen.

Sinds het gebruik van de PSA-test worden er meer vroegtijdige diagnoses van prostaatkanker gesteld. Even lang echter woedt de discussie of dit in het grotere plaatje wel voordelig is, want veel van deze mannen zouden zonder deze test nooit weten dat ze lijden aan een "indolente" (i.e. trage of laag actieve/inactieve) prostaatkanker, geen ingrepen ondergaan, geen bijwerkingen ontwikkelen en er niet aan overlijden. Tegenstanders van een PSA-bepaling hekelen dan ook de overdiagnose en de overbehandeling van niet-dodelijke prostaatkanker.

Een diagnostische test moet dan ook een gunstige balans vinden tussen de winst door vroegtijdige opsporing (door middel van PSA) en de eventuele neveneffecten van (over)behandeling.

Net dankzij een vroegtijdige opsporing kan immers de overbehandeling en de overdiagnose sterk worden beperkt. Dit heeft een gunstige impact op het budget van de ziekteverzekering omdat door de vroegtijdige opsporing dure behandelingen (en het terugbetalen van de kostprijs van de bijwerkingen hiervan) worden vermeden.

Vandaag stijgt de prevalentie van prostaatkanker opnieuw. Dit moet echter onmiddellijk ook in het juiste perspectief worden geplaatst; de oorzaken zijn voornamelijk te vinden in de vergrijzing en de vroegere detectie van asymptomatische prostaatkanker⁶. Dit is op zich geen probleem. Het echte probleem is een stijging van de mortaliteit door te late diagnoses als gevolg van het actief afraden van vroegtijdige PSA-opsporing.

Feit is inderdaad dat PSA-testen tegenwoordig – als ze intelligent en proportioneel worden ingezet – gebruikt kunnen worden om geïnformeerde mannen tussen de 50 en 70 jaar te behoeden voor vergevorderde ziekte en bijgevolg om hun levenskwaliteit te verbeteren en om

⁶ P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

⁶ P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

coûts pour le régime des soins de santé, sans négliger pour autant les cancers de la prostate significatifs⁷. Un nouveau modèle diagnostique a été présenté à cet effet dans la revue néerlandaise *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Il propose que les hommes qui présentent un risque accru (établi sur la base de plusieurs facteurs) de développer une tumeur agressive soient sélectionnés à un stade précoce par le médecin (généraliste) en vue d'un test PSA. Ce test doit être répété si ce taux est élevé. Si ce taux augmente encore, la prostate du patient doit être contrôlée⁸ par IRM⁹. Une étude de synthèse systématique récente indique à ce propos que cette méthode a permis de réduire le pourcentage de surdiagnostics de près de moitié (de 28 à 17 %).¹⁰ Cependant, elle a également permis de dépister autant de cancers de la prostate agressifs ou significatifs.

En outre, cette méthode associant la réalisation d'un examen IRM a permis de réduire le nombre de biopsies prostatiques, dès lors qu'aucune biopsie n'est en principe réalisée en cas d'examen IRM négatif. Les acteurs de terrain indiquent qu'il existe une uniformité claire des protocoles radiologiques depuis l'instauration du système PI-RADS¹¹.

Il s'en déduit que la méthode actuelle de mesure systématique du taux de PSA (dépistage dit opportuniste) est source de surdiagnostics et de surtraitements et qu'il convient donc d'abandonner d'urgence ce dépistage opportuniste au profit de tests PSA précoces réalisés par le médecin généraliste, sur les hommes informés de 50 et 70 ans, tout en prévoyant un protocole de suivi clair établi par des experts européens de haut niveau. C'est précisément ce protocole qui permettra d'éviter tout surtraitement! Par ailleurs, ce protocole indique aussi très clairement comment il convient de procéder au dépistage chez les patients à haut risque (présentant une anamnèse familiale positive).

de kostprijs voor het gezondheidszorgsysteem te drukken, zonder het aantal significante prostaatkankers te missen⁷. In het "*Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*" wordt in die zin een nieuw diagnoseschema naar voren geschoven: mannen met een verhoogd risico (bepaald op basis van een aantal risicofactoren) op een agressieve tumor worden door de (huis)arts in een vroeg stadium geselecteerd voor een PSA-test. Bij een verhoogd PSA wordt opnieuw getest. In geval van een herhaalde verhoging moet men een MRI⁸ aan de prostaat laten uitvoeren⁹. Een recente systematische review toonde in die zin aan dat het percentage overdiagnoses op die manier met bijna de helft daalde (van 28 % naar 17 %).¹⁰ Desalniettemin konden er evenveel agressieve of relevante prostaatkankers ontdekt worden.

Bovendien leidt deze methode, met name door middel van de inzet van MRI-onderzoek, tot een vermindering van het aantal prostaatbiopsieën, vermits men bij een negatieve MRI in de regel afziet van een biopsie. Sinds de invoering van het PIRADS-systeem¹¹ is er duidelijke uniformiteit in de radiologische protocollen, zo is te horen op het terrein.

Concluderend kan gesteld worden dat de huidige systematische PSA-bepalingsmethode (de zogenaamde opportunistische screening) leidt tot overdiagnose en overbehandeling. We moeten dus dringend afzien van deze opportunistische screening en overgaan tot een vroegtijdige PSA-test door de huisarts bij geïnformeerde mannen tussen de 50 en 70 jaar, met een duidelijk opvolgingsprotocol zoals werd voorzien door Europese topexperten. Net dit protocol vermijdt overbehandeling! Tevens vermeldt dit protocol ook heel duidelijk hoe hoogrisicopatiënten (met positieve familiale anamnese) best worden gecheckt

⁷ H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721211; P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

⁸ P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

⁹ IRM est l'abréviation d'imagerie par résonance magnétique. Cette abréviation désigne une technique d'imagerie médicale appliquée pour obtenir des images de l'intérieur du corps et de certains processus métaboliques.

¹⁰ P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

¹¹ PI-RADS est l'acronyme de *Prostate Imaging-Reporting and Data System*. Cet acronyme désigne un modèle de rapportage structuré des IRM prostatiques multiparamétriques réalisées dans le cadre du contrôle de cas présumés de cancers de la prostate dans les glandes prostatiques examinées.

⁷ H. Van Poppel, B. Vansevenant, S. Collen, *Vroegdetectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721211; P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

⁸ MRI staat voor *magnetic resonance imaging*, het is een medische beeldvormingstechniek die wordt gebruikt voor het in kaart brengen van het lichaam en bepaalde lichaamsprocessen.

⁹ P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

¹⁰ P. Vankrunkelsven, M. Finoulst, *Is de prostaatkankerscreening aan herziening toe?*, TVGG, doi.org/1047671/TVG.7721223.

¹¹ PIRADS (*Prostate Imaging-Reporting and Data System*) is een gestructureerd rapportageschema voor multiparametrische prostaat-MRI bij de evaluatie van vermoedelijke prostaatkanker in behandelde prostaatklieren.

Nous pourrions réaliser des économies substantielles dans notre budget des soins de santé en évitant précisément de devoir financer des traitements très onéreux de cancers de la prostate à un stade avancé.

2. Cancer du poumon

Le cancer du poumon est la troisième forme de cancer la plus fréquente en Europe et en Belgique, après le cancer du sein et le cancer colorectal. Il s'agit aussi du cancer le plus mortel¹², qui coûte la vie à près de 400.000 Européens chaque année. Dans notre pays, le cancer du poumon est diagnostiqué chaque année chez plus de 9000 Belges, soit un taux d'incidence de 84 cas pour 100.000 habitants, qui vaut à la Belgique d'être le quatrième pays le plus touché en Europe¹³. Dans notre pays, le taux de survie après cinq ans s'élève à 18,2 %, un résultat relativement correct au niveau européen¹⁴. Cela fait du cancer du poumon la deuxième cause de décès prématuré dans notre pays¹⁵. Les causes de la maladie sont clairement identifiées: le tabagisme est à l'origine de près de 90 % des cas¹⁶. Mais ce cancer peut également découler de l'exposition à la pollution de l'air et/ou à d'autres cancérigènes. Le groupe à risque est dès lors bien défini, et cela offre en tout cas la possibilité de délimiter efficacement le groupe le plus susceptible de développer un cancer du poumon.

Bien que le taux d'incidence de ce cancer par 100.000 habitants ait diminué (de 60,6 à 48,8) chez les hommes entre 2004 et 2018, il a augmenté chez les femmes (de 16,4 à 26,1). Les diagnostics de cancer du poumon sont malheureusement souvent posés (trop) tardivement, ce qui compromet les chances de survie des patients. Ainsi, un cancer de stade I est diagnostiqué chez seulement 18,1 % des hommes et 22,4 % des femmes, alors qu'un cancer avancé de stade IV l'est respectivement chez 47 % et 47,1 % d'entre eux¹⁷. On observe toutefois une amélioration du taux de survie après cinq ans dans toutes les catégories d'âge, chez les hommes comme chez les femmes, au cours de la période 2017-2019 par rapport à la période 2010-2016.

Néanmoins, nous détectons encore généralement les cancers du poumon trop tardivement dans notre pays, ce qui limite les chances de survie des patients. Un dépistage

Net door het vermijden van de zeer hoge kostprijs voor de behandeling van vergevorderde prostaatkankers zal er een duidelijke besparing in het budget van onze volksgezondheid ontstaan.

2. Longkanker

Longkanker vormt dan weer de derde meest voorkomende kanker in Europa en België, na borst- en colorectale kanker. Ongeveer 400.000 Europeanen overlijden jaarlijks aan longkanker. Het is dan ook de meest dodelijke kanker¹². In ons land krijgen dan weer jaarlijks meer dan 9000 Belgen te horen dat ze longkanker hebben, met een incidentie van 84 gevallen per 100.000 inwoners. Daarmee staat België op een vierde plek in Europa¹³. De overleving na vijf jaar in ons land bedraagt 18,2 %, waarmee wij relatief goed scoren op Europees niveau¹⁴. Longkanker is daarmee de tweede oorzaak van alle vroegtijdige overlijdens in ons land¹⁵. Naar de oorzaken is het niet ver zoeken. Bij circa 90 % van de longkankerpatiënten is de ziekte het gevolg van roken¹⁶. Andere oorzaken zijn de blootstelling aan luchtverontreiniging en/of andere kankerverwekkende stoffen. De risicogroep is bijgevolg goed gedefinieerd. Dat biedt in ieder geval mogelijkheden om op een doelmatige manier de juiste risicogroep voor longkanker af te lijnen.

Alhoewel de incidentie per 100.000 inwoners in de periode 2004 en 2018 gedaald is bij de mannen (van 60,6 naar 48,8) is ze echter gestegen bij de vrouwelijke bevolking (van 16,4 tot 26,1). De diagnose van longkanker wordt helaas vaak (te) laat gesteld, wat de overlevingskansen van de patiënten negatief beïnvloedt. Zo krijgt slechts 18,1 % van de mannen en 22,4 % van de vrouwen een diagnose van de ziekte in stadium I, tegenover respectievelijk 47,0 % en 47,1 % in gevorderd stadium IV.¹⁷ Er is echter een verbetering vast te stellen in de vijf jaar overleving in alle leeftijdscategorieën, zowel bij mannen als bij vrouwen in de periode 2017-2019 ten opzicht van 2010-2016.

Desalniettemin detecteren we in ons land de longkankers over het algemeen nog steeds te laat, waardoor de overlevingskansen van de patiënten beperkt zijn. Een

¹² Organisation mondiale de la Santé, Centre international de recherche sur le cancer, Globocan Europe 2020; *European Journal Of Cancer*, 2018.

¹³ Système européen d'information sur le cancer (European Cancer Information System, ECIS), 2020.

¹⁴ CONCORD Study, The Lancet, 2018.

¹⁵ Sciensano – Health Status Report Belgium, 2019.

¹⁶ Fondation contre le cancer, 2018.

¹⁷ Cancer Fact Sheets, Belgian Cancer Registry, Incidence Year 2018, Brussels 2020 http://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2018/Cancer_Fact_Sheet_LungCancer_2018.pdf.

¹² World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Globocan Europe 2020; *European Journal Of Cancer*, 2018.

¹³ European Cancer Information System (ECIS), 2020.

¹⁴ CONCORD Study, The Lancet, 2018.

¹⁵ Sciensano – Health Status Report Belgium, 2019.

¹⁶ Stichting tegen Kanker, 2018.

¹⁷ Cancer Fact Sheets, Belgian Cancer Registry, Incidence Year 2018, Brussels 2020 http://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2018/Cancer_Fact_Sheet_LungCancer_2018.pdf.

précoce pourrait dès lors augmenter considérablement leurs chances de survie. L'augmentation du nombre de diagnostics précoces de cancer du poumon (stades I et II) permet en effet de disposer d'un éventail plus large d'options de traitement et d'augmenter les chances de guérison. Un diagnostic de la maladie au stade IA ou IB augmente sensiblement les chances de survie des malades: 80 % de chances de survie aux stades IA et IB contre 10 % à des stades plus avancés (stade IV)¹⁸. La conduite d'une politique de qualité en matière de lutte contre le cancer du poumon, et en particulier le dépistage et le traitement précoces de la maladie, est dès lors cruciale pour la survie, l'espérance de vie et le bien-être psychosocial de la population.

En ce sens, il convient d'ailleurs également de souligner le fait que le guide de pratique du KCE¹⁹ concernant le cancer du poumon²⁰ remonte déjà à 2013 et que celui-ci doit dès lors être actualisé d'urgence au regard des avancées dans l'imagerie médicale, la biologie moléculaire, la radiothérapie, la chirurgie, la puissance de calcul disponible et la pharmacologie.

Dans la présente proposition, nous nous concentrons sur le dépistage précoce et efficace en termes de coût du cancer du poumon. Il convient de renvoyer à cet égard à l'étude belgo-néerlandaise NELSON (étude réalisée conjointement aux Pays-Bas et à la KU Leuven sur le dépistage du cancer du poumon), qui est la plus grande étude européenne sur le dépistage du cancer du poumon.

Cette étude visait principalement à²¹:

vroegtijdige detectie kan de overlevingskansen dan ook aanzienlijk vergroten. Het verhogen van het aantal vroegtijdige longkankerdiagnoses (Stadium I en II) zorgt er inderdaad voor dat de behandelingsopties breder zijn en de kansen op genezing groter worden. Diagnoses in Stadium IA, IB verhogen de overleving gevoelig: 80 % overleving in Stadium IA en IB versus 10 % overleving in laattijdige stadia (Stadium IV)¹⁸. Een goed beleid rond longkanker en in het bijzonder de vroegtijdige detectie en behandeling ervan, is dan ook cruciaal voor de overleving, de levensverwachting en het psychosociaal welzijn van de bevolking.

In die zin dient overigens ook gewezen te worden op het feit dat de KCE-richtlijn¹⁹ met betrekking tot longkanker²⁰ al dateert van 2013 en dat deze bijgevolg dringend geactualiseerd moet worden, rekening houdende met de vooruitgang in de medische beeldvorming, de moleculaire biologie, de radiotherapie, de chirurgie, de beschikbare rekenkracht en de farmacologie.

In dit voorstel van resolutie focussen we op de vroegtijdige en kostenefficiënte detectie van longkanker. In dit kader moet verwezen worden naar de Nederlands-Belgische NELSON-studie (Nederlands-Leuven Longkanker Screenings Onderzoek), het grootste Europese onderzoek naar longkankerscreening.

De hoofddoelen van dit onderzoek waren²¹:

¹⁸ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513; Wauters I, Robays J, Verleye L, Holdt Henningsen K, Hulstaert F, Berghmans T, De Wever W, Lievens Y, Pauwels P, Stroobants S, Van Houtte P, Van Meerbeeck J, Van Schil P, Weynand B, De Grève J. Cancer du poumon à petites cellules et non à petites cellules: diagnostic, traitement et suivi – Synthèse. Bonnes pratiques cliniques. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2013. KCE Reports 206As. D/2013/10273/53 https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_206Bs_cancer_du_poumon_synthese.pdf.

¹⁹ Le KCE est le Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

²⁰ Wauters I, Robays J, Verleye L, Holdt Henningsen K, Hulstaert F, Berghmans T, De Wever W, Lievens Y, Pauwels P, Stroobants S, Van Houtte P, Van Meerbeeck J, Van Schil P, Weynand B, De Grève J. Cancer du poumon à petites cellules et non à petites cellules: diagnostic, traitement et suivi. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2013. KCE Reports 206Bs. D/2013/10273/53 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_206Bs_cancer_du_poumon_synthese.pdf.

²¹ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513; <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/longkanker-screening-met-ct-scan-kan-duizenden-sterf-gevallen-voorkomen>.

¹⁸ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513; Wauters I, Robays J, Verleye L, Holdt Henningsen K, Hulstaert F, Berghmans T, De Wever W, Lievens Y, Pauwels P, Stroobants S, Van Houtte P, Van Meerbeeck J, Van Schil P, Weynand B, De Grève J. Kleincellige en Niet-Kleincellige Longkanker: Diagnose, Behandeling en Opvolging – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 206As. D/2013/10273/53 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_206As_longkanker_synthese.pdf.

¹⁹ KCE is het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

²⁰ Wauters I, Robays J, Verleye L, Holdt Henningsen K, Hulstaert F, Berghmans T, De Wever W, Lievens Y, Pauwels P, Stroobants S, Van Houtte P, Van Meerbeeck J, Van Schil P, Weynand B, De Grève J. Kleincellige en Niet-Kleincellige Longkanker: Diagnose, Behandeling en Opvolging – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 206As. D/2013/10273/53 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_206As_longkanker_synthese.pdf.

²¹ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513; <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/longkanker-screening-met-ct-scan-kan-duizenden-sterf-gevallen-voorkomen>.

1. déterminer si le diagnostic du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose chez les personnes à haut risque entraîne une réduction de la mortalité due au cancer du poumon de 25 % ou plus;

2. analyser l'impact du diagnostic rapide du cancer du poumon sur la qualité de vie liée à la santé et sur le sevrage tabagique;

3. évaluer le rapport coûts-efficacité d'un diagnostic plus rapide du cancer du poumon.

Les résultats de l'étude NELSON ont été publiés en 2020²². Au total, quelque 13.000 hommes et 2600 femmes appartenant à la population présentant un risque accru ont été répartis arbitrairement dans un groupe, dans lequel un protocole de dépistage a été réalisé au moyen d'un CT-scan et dans un autre groupe (groupe de contrôle) auquel ce protocole n'a pas été appliqué.

Il est apparu après dix ans que 214 hommes sont décédés d'un cancer du poumon dans le groupe de contrôle contre 157 dans le groupe d'étude, soit une différence de 26 %. La différence de mortalité encore supérieure dans le groupe plus restreint des femmes qui a participé à l'étude était encore plus frappante en ce que les décès étaient plus nombreux de 40 à 60 % dans le groupe de contrôle. En d'autres termes, le nouveau protocole de diagnostic a permis un dépistage précoce qui s'est traduit par une baisse de la mortalité de 26 % chez les hommes et de 40 à 60 % chez les femmes.

Dans l'étude NELSON, seulement 2,3 % des patients ont été envoyés chez un spécialiste après un CT-scan. Le CT-scan a permis aux radiologues d'évaluer, sur la base du volume et de la vitesse de croissance d'opacités dans les poumons, quelles personnes présentaient un risque très élevé de cancer du poumon et d'éviter ainsi des interventions inutiles. Il est dès lors non seulement possible d'éviter d'inquiéter inutilement le patient, mais également de réaliser des économies dans les soins de santé, à savoir des gains d'efficacité qui pourront être affectés ailleurs dans ce secteur.

La conclusion est par conséquent que le protocole de diagnostic utilisé aide à identifier le cancer à un stade plus précoce, ce qui permet un meilleur traitement. Comme dans le cas du cancer de la prostate, il faut

1. uitzoeken of de diagnose van longkanker door middel van lage dosis CT-scans bij personen met een hoog risico zal leiden tot een afname van de sterfte door longkanker met 25 % of meer;

2. een impactanalyse maken van de snelle diagnose van longkanker op de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven en stoppen met roken;

3. een inschatting maken inzake de kosteneffectiviteit van een snellere longkankerdiagnose.

De resultaten van de NELSON-studie werden in 2020 gepubliceerd²². In totaal werden ongeveer 13.000 mannen en 2600 vrouwen, behorend tot de populatie met een verhoogd risico, willekeurig toegewezen aan een groep met diagnoseprotocol met CT scan en een groep zonder dit protocol (de controlegroep).

Na tien jaar bleken in de controlegroep 214 mannen overleden te zijn aan longkanker tegenover 157 mannen in de studiegroep: een verschil van 26 %. Opmerkelijk was ook dat onder de kleinere groep vrouwen die deelnam, het verschil in sterftcijfer nog groter was: in de controlegroep waren er 40 tot 60 % meer overlijdens. Het nieuwe diagnoseprotocol zorgde met andere woorden voor een vroegtijdige opsporing met een mortaliteitsdaling van 26 % tot gevolg bij de mannen en tussen de 40 en 60 % bij de groep vrouwelijke deelnemers.

In de NELSON-studie werd echter slechts 2,3 % van de deelnemers na een CT-scan doorgestuurd. De radiologen konden bij de CT-scan op basis van het volume en de groeisnelheid van vlekjes in de longen schatten welke personen een heel hoge kans op longkanker hadden, en zo nodeloze ingrepen voorkomen. Niet alleen kan men dus nodeloze onrust vermijden, er kan bovendien ook bespaard worden in de gezondheidszorg; efficiëntiewinsten die elders in de gezondheidszorg gespendeerd kunnen worden.

De conclusie is dan ook dat het gebruikte diagnoseprotocol helpt bij het identificeren van kanker in een vroeger stadium, wat leidt tot een betere behandeling. Net zoals bij prostaatkanker, moet echter rekening

²² De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513; <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/longkanker-screening-met-ct-scan-kan-duizenden-sterf-gevallen-voorkomen>.

²² De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513; <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/longkanker-screening-met-ct-scan-kan-duizenden-sterf-gevallen-voorkomen>.

toutefois tenir compte du risque de surdiagnostic et de surtraitement.²³

Concrètement, un diagnostic de qualité du cancer du poumon doit tenir compte des facteurs suivants:

1. le risque de surdiagnostic et de surtraitement;
2. la capacité du système de santé de faire suivre le diagnostic par un traitement et un suivi en temps utile;
3. la sélection par un médecin du groupe cible spécifique (sur la base de critères tels que l'âge, le nombre de paquets-années, la localisation du domicile dans une zone où la pollution atmosphérique est élevée, ...);
4. l'expertise dont disposent les radiologues dans la maîtrise des nouvelles techniques;
5. l'évaluation des coûts et des bénéfices;
6. l'élaboration d'une directive européenne.

Le médecin généraliste peut jouer un rôle important dans le diagnostic rapide du cancer du poumon, en évaluant correctement le tabagisme du patient et en enregistrant (éventuellement à l'aide d'un logiciel) dans le dossier médical global (DMG) le nombre de paquets-années²⁴ du patient. Un diagnostic intelligent basé sur le risque (accru) pourra ainsi être posé. Les Centres de dépistage du cancer peuvent également détecter les patients à risque en interrogeant les patients chez qui d'autres cancers sont dépistés (cancer du sein, cancer du côlon) au sujet de leur tabagisme. Les tabacologues²⁵ et les services tabacstop peuvent également renvoyer les patients à risque vers le dépistage du cancer du poumon

Enfin, plusieurs études concernant le rapport coûts/efficacité sont encore en cours ou prévues. Le KCE devrait remettre prochainement une étude sur le rapport coûts/efficacité. Nous insistons pour que ces analyses soient réalisées comme prévu et que les résultats soient

worden gehouden met het gevaar voor overdiagnose en overbehandeling²³.

Een goede longkankerdiagnose dient concreet met volgende aspecten rekening te houden:

1. het risico van overdiagnose en overbehandeling;
2. de capaciteit van het gezondheidssysteem om de diagnose te laten volgen door een tijdige behandeling en opvolging;
3. de selectie van de specifieke doelgroep (op basis van criteria zoals leeftijd, aantal pakjaren, wonend in gebied met veel luchtverontreiniging, ...) door een arts;
4. de expertise van de radiologen om de nieuwe techniek te beheersen;
5. de evaluatie van de kosten en baten;
6. het opstellen van een EU-richtlijn.

Bij de snelle diagnose van longkanker is ook een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts, om het rookgedrag van de patiënt correct in te schatten en (eventueel via een software) en het aantal pakjaren²⁴ van de patiënt in het globaal medisch dossier (GMD) op te nemen. Op die manier kan een intelligente, (verhoogd) risicogebaseerde diagnose gebeuren. Het opsporen van risicopatiënten kan verder ook via de Centra voor Kankeropsporing lopen, waar patiënten die gescreend worden voor andere types kanker (borstkanker, colonkanker) bevraagd worden inzake hun rookgedrag. Daarnaast kunnen ook tabacologen²⁵ en tabakstop-diensten de risicopatiënten naar het diagnoseprotocol verwijzen.

Ten slotte zijn een aantal kosteneffectiviteitsstudies nog lopende of gepland. Het KCE zou binnenkort een kosteneffectiviteitsstudie moeten opleveren. We dringen er op aan dat deze analyses volgens plan worden uitgevoerd en dat de resultaten zo snel mogelijk worden

²³ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. N Engl J Med 2020; 382(6):503-513; <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/longkanker-screening-met-ct-scan-kan-duizenden-sterf-gevallen-voorkomen>.

²⁴ Le paquet-année est une unité de mesure de la consommation de tabac d'une personne durant une période prolongée. Cette consommation est obtenue en multipliant le nombre de paquets de cigarettes fumés par jour par le nombre d'années au cours desquelles la personne a fumé.

²⁵ Un tabacologue ou coach en sevrage tabagique est un expert qui aide à se désintoxiquer du tabac.

²³ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. N Engl J Med 2020; 382(6):503-513; <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/longkanker-screening-met-ct-scan-kan-duizenden-sterf-gevallen-voorkomen>.

²⁴ Een pakjaar is de meeteenheid voor het gebruik van tabak van een persoon gedurende een lange periode. Dit gebruik wordt berekend door het aantal opgerookte sigarettenpakjes per dag te vermenigvuldigen met het aantal jaren tijdens dewelke de persoon rookte.

²⁵ Een tabacoloog of rookstopbegeleider is een deskundige die mensen van hun rookverslaving afhelpt.

communiqués dans les plus brefs délais dans le but de définir un protocole de diagnostic efficace.

gecommuniceerd, teneinde een efficiënt diagnoseprotocol uit te stippelen.

Kathleen DEPOORTER (N-VA)
Frieda GIJBELS (N-VA)
Mieke CLAES (N-VA)
Sigrid GOETHALS (N-VA)
Anneleen VAN BOSSUYT (N-VA)
Darya SAFAI (N-VA)
Katrien HOUTMEYERS (N-VA)
Theo FRANCKEN (N-VA)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que le cancer de la prostate est actuellement le cancer le plus fréquent et le deuxième cancer le plus mortel chez l'homme;

B. considérant que beaucoup d'hommes ne sont pas conscients qu'ils peuvent être atteints d'un cancer de la prostate asymptomatique et qu'ils ne sont souvent pas informés de l'existence et de la valeur d'un test de mesure du taux d'antigène prostatique spécifique (PSA);

C. considérant que le dépistage précoce du cancer de la prostate réduit la mortalité de ce cancer et permet une guérison assez facile sans effets secondaires insurmontables et à moindre coût;

D. considérant que le cancer avancé de la prostate s'accompagne d'un risque réel de métastases, d'un carcinome de la prostate résistant à la castration (dont le traitement est extrêmement coûteux) et, par conséquent, d'une mortalité élevée;

E. considérant que le dosage du PSA peut entraîner des surdiagnostics et des surtraitements de cancers de la prostate non mortels;

F. considérant que le dosage du PSA est associé à d'importantes complications inhérentes à la biopsie et au cancer;

G. considérant qu'un panel international de médecins (généralistes, urologues et internistes) a décidé de plaider, en s'appuyant sur une étude de synthèse systématique (*review*), contre un dépistage systématique dépassé en matière de cancer de la prostate;

H. considérant que plusieurs pays ont ajusté leur politique de dépistage, afin de réduire le nombre de surdiagnostics et de surtraitements résultant d'un test de mesure du PSA, d'une biopsie ou d'une prostatectomie radicale (PR), au profit d'un "suivi actif";

I. considérant que, par le passé, tant les associations de médecins généralistes que l'*Agentschap Zorg en Gezondheid* (Agence flamande Soins et Santé) ont rendu un avis négatif à propos du dépistage systématique du cancer de la prostate;

J. considérant que le nombre de diagnostics tardifs du cancer de la prostate est actuellement à nouveau en hausse;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op het feit dat prostaatkanker momenteel de meest frequente en tweede meest voorkomende kanker met dodelijke afloop bij mannen uitmaakt;

B. overwegende dat veel mannen er zich niet van bewust zijn dat ze mogelijk lijden aan asymptomatische prostaatkanker en meestal niet geïnformeerd zijn over het bestaan en de waarde van een bepaling van het prostaat-specifieke antigeen (PSA);

C. gelet op het feit dat de vroegdetectie van prostaatkanker de prostaatkankersterfte vermindert en de mogelijkheid biedt om relatief makkelijk te genezen zonder onoverkomelijke bijwerkingen en tegen een relatief lage kostprijs;

D. overwegende dat gevorderde prostaatkanker gepaard gaat met een reële kans op uitzaaiingen, een castratieresistent prostaatcarcinoom (waarvan de behandeling extreem duur is) en bijgevolg een hoge mortaliteit;

E. gelet op het feit dat de overdiagnose en overbehandeling van niet-dodelijke prostaatkanker het gevolg kunnen zijn van de PSA-bepaling;

F. overwegende dat de PSA-bepaling geassocieerd wordt met significante biopsie- en kankergerelateerde complicaties;

G. overwegende dat een internationaal panel van artsen (huisartsen, urologen en internisten) besloot om op basis van een systematische review te pleiten tegen een ouderwetse systematische screening inzake prostaatkanker;

H. overwegende dat in meerdere landen het screeningsbeleid werd bijgesteld, om de overdiagnose en overbehandeling na een PSA, biopsie of radicale prostatectomie (RP) terug te dringen, ten bate van een "actieve opvolging";

I. gelet op het feit dat zowel de huisartsenverenigingen als het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid in het verleden negatief advies verleend hebben inzake een systematische screening van prostaatkanker;

J. overwegende dat het aantal te late prostaatkankerdiagnoses vandaag opnieuw toeneemt;

K. considérant qu'il est actuellement possible de recourir à un déploiement intelligent des tests PSA fondé sur les risques, combiné à des IRM de la prostate, pour prémunir les hommes de maladies avancées, et donc améliorer leur qualité de vie, et réduire les coûts pour le système des soins de santé, sans négliger le nombre de cancers de la prostate significatifs;

L. vu le résultat positif de la mise en balance des bénéfices en matière de santé des dépistages précoces, d'une part, et des effets (secondaires) d'un dépistage excessif et de traitements inutiles, d'autre part, et vu les effets, en termes de mortalité et sur l'assurance maladie, que l'on peut notamment obtenir en évitant de devoir financer des traitements onéreux de maladies trop avancées (et de leurs complications);

M. considérant que le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent en Europe et en Belgique après le cancer du sein et le cancer colorectal et qu'il est la deuxième cause de tous les décès prématurés dans notre pays;

N. considérant que près de 90 % des patients atteints d'un cancer du poumon ont développé cette maladie à cause du tabagisme, outre d'autres causes telles que l'exposition à la pollution atmosphérique et/ou à d'autres substances cancérogènes;

O. considérant que le groupe à risque est donc bien défini, ce qui permet d'identifier efficacement le public concerné en vue de diagnostics individuels ciblés;

P. considérant qu'un dépistage précoce pourrait augmenter considérablement l'espérance de vie;

Q. considérant que la mise en œuvre d'une politique adéquate en matière de cancer du poumon est cruciale pour la survie des patients, ainsi que pour l'espérance de vie et le bien-être psychosocial de la population;

R. considérant qu'en règle générale, la Belgique détecte encore trop tardivement les cancers du poumon, ce qui réduit les chances de survie des patients;

S. vu les objectifs et les résultats de l'étude belge-néerlandaise NELSON, cette étude étant la plus grande étude européenne sur le dépistage précoce du cancer du poumon;

T. considérant que le diagnostic du cancer du poumon permet d'identifier le cancer à un stade plus précoce, ce qui permet un meilleur traitement, malgré le risque de surdiagnostics et de surtraitements;

K. overwegende dat een intelligente, risicogebaseerde inzet van PSA-testen in combinatie met MRI's aan de prostaat tegenwoordig gebruikt kan worden om mannen te behoeden voor vergevorderde ziekte en bijgevolg hun levenskwaliteit kan verbeteren, alsook de kostprijs voor het gezondheidszorgsysteem kan drukken, zonder het aantal significante prostaatkankers te missen;

L. gelet op het feit dat er een gunstige balans is tussen de gezondheidswinst door vroegtijdige opsporingen enerzijds en de (neven)effecten van overmatige screening en onnodige behandelingen anderzijds, en tevens rekening houdend met de impact op de mortaliteit en de impact op de ziekteverzekering, met name door het vermijden van dure behandelingen van te vergevorderde ziekte (en de complicaties ervan);

M. gelet op het feit dat longkanker momenteel na borstkanker en colorectale kanker de meest voorkomende kanker in Europa en België is en de tweede oorzaak van alle vroegtijdige overlijdens in ons land uitmaakt;

N. overwegende dat bij circa 90 % van de longkankerpatiënten de ziekte het gevolg is van roken, naast andere oorzaken zoals de blootstelling aan luchtverontreiniging en/of andere kankerverwekkende stoffen;

O. overwegende dat de risicogroep bijgevolg goed gedefinieerd is, hetgeen mogelijkheden biedt om op een doelmatige manier de juiste groep af te lijnen voor gerichte individuele diagnose;

P. overwegende dat een vroegtijdige detectie de overlevingskansen aanzienlijk kan vergroten;

Q. overwegende dat een goed beleid rond longkanker cruciaal is voor de overleving, de levensverwachting en het psychosociaal welzijn van de bevolking;

R. overwegende dat we in ons land de longkankers over het algemeen nog steeds te laat detecteren, waardoor de overlevingskansen van de patiënten beperkt zijn;

S. gelet op de doelstellingen en resultaten van de Nederlands-Belgische NELSON-studie, het grootste Europese onderzoek naar vroegtijdige longkankerdiagnose;

T. overwegende dat longkankerdiagnose helpt bij het identificeren van kanker in een vroeger stadium, wat leidt tot een betere behandeling, doch dat dit ook gevaar oplevert voor overdiagnose en overbehandeling;

U. vu la nécessité d'un protocole de diagnostic intelligent fondé sur les risques pour les patients à risque;

V. vu l'importance du rôle de différents acteurs des soins de santé, notamment des personnes en contact avec les fumeurs, en ce qui concerne la sélection des patients à risque en vue de la réalisation d'un diagnostic du cancer du poumon;

W. considérant que tout bon diagnostic du cancer doit tenir compte de plusieurs éléments, notamment du risque de surdiagnostic et de surtraitement, de la capacité du système de santé de faire suivre le diagnostic d'un traitement et d'un suivi en temps voulu, de la sélection de groupes cibles spécifiques par un médecin (généraliste) et d'une analyse coûts-bénéfices;

X. considérant que l'autorité fédérale est compétente, à ce jour, pour le budget de la santé et les prestations cliniques, notamment pour les CT-scans, les IRM, les tests PSA, les biopsies et les estimations de risques;

Y. considérant que plusieurs études (notamment du KCE) sur le rapport coûts/efficacité du traitement du cancer du poumon et du cancer de la prostate sont toujours en cours ou sont prévues, et qu'il conviendra d'en tenir compte pour faciliter l'établissement d'un protocole de diagnostic aussi efficace que possible;

Z. vu la proposition de recommandation du Conseil du 20 septembre 2022 sur le renforcement de la prévention par la détection précoce de la direction générale Santé et Sécurité alimentaire²⁶;

AA. vu l'absence de paquets de compétences homogènes en matière de soins de santé et considérant que, dès lors que la régionalisation des soins de santé se fait attendre, des actions isolées sont nécessaires aux différents niveaux de pouvoir dans l'intervalle;

AB. vu les possibilités budgétaires et la nécessité de réaliser des gains d'efficacité et de les réinvestir dans les soins de santé;

AC. vu le principe de la loyauté fédérale inscrit dans l'article 143, § 1^{er}, de la Constitution belge;

U. gelet op de nood aan een intelligent, risicogebaseerd diagnoseprotocol van risicopatiënten;

V. gelet op de belangrijke rol voor diverse actoren in de gezondheidszorg, met name diegene die met rokers in contact komen, inzake de selectie van risicopatiënten met het oog op longkankerdiagnose;

W. overwegende dat een goede longkankerdiagnose met verschillende aspecten rekening dient te houden, met name met betrekking tot het risico van overdiagnose en overbehandeling, de capaciteit van het gezondheidssysteem om een diagnose te kunnen laten volgen door tijdige behandeling en opvolging, de selectie van specifieke doelgroepen door een (huis)arts en een kosten-batenanalyse;

X. gelet op het feit dat de federale overheid tot nader order bevoegd is voor het gezondheidsbudget en de klinische verstrekkingen, waaronder CT-scans, MRI's, PSA-testen, biopsieën en risico-inschattingen;

Y. overwegende dat een aantal kosteneffectiviteitsstudies (onder meer van het KCE) inzake longkanker en prostaatkanker momenteel nog lopende of gepland zijn en meegenomen dienen te worden teneinde een zo efficiënt mogelijk diagnoseprotocol te faciliteren;

Z. gelet op het Voorstel tot Aanbeveling van de Raad inzake de versterking van de preventie door middel van vroege detectie, van het Directoraat-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid van 20 september 2022²⁶;

AA. overwegende het gebrek aan homogene bevoegdheidspakketten in de gezondheidszorg en het feit dat de regionalisering van de gezondheidszorg op zich laat wachten, wat in tussentijd versnipperde acties op de onderscheiden niveaus vergt;

AB. rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden en de nood aan de realisatie en herinvestering van efficiëntiewinsten binnen de gezondheidszorg;

AC. gelet op het beginsel van de federale loyaliteit, zoals opgenomen in artikel 143, § 1, van de Belgische Grondwet;

²⁶ Proposition de recommandation du Conseil sur le renforcement de la prévention par la détection précoce: une nouvelle approche de l'Union européenne en matière de dépistage du cancer remplaçant la recommandation 2003/878/CE (europa.eu).

²⁶ Proposal for a Council Recommendation (CR) on Strengthening prevention through early detection: A new approach on cancer screening replacing CR 2003/878/EC, Proposal for a Council Recommendation (CR) on Strengthening prevention through early detection: A new approach on cancer screening replacing CR 2003/878/EC (europa.eu).

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de promouvoir, au travers du remboursement par l'INAMI, la détection précoce et le traitement curatif du cancer de la prostate en facilitant un protocole de diagnostic du cancer de la prostate fondé sur le test PSA auprès des hommes en bonne santé de 50 à 70 ans, grâce à une stratification des risques et à la réalisation d'une IRM avant de procéder à toute biopsie auprès des hommes présentant une valeur PSA supérieure à 3µg/L;

2. d'analyser les avantages et les inconvénients à long terme d'un protocole de diagnostic fondé sur la combinaison d'un test PSA et d'une IRM de la prostate afin d'ajuster éventuellement ensuite la politique (de remboursement) en tenant compte de l'évolution des connaissances scientifiques;

3. de promouvoir, également au travers du remboursement par l'INAMI, la détection précoce et le traitement du cancer du poumon en facilitant un CT-scan (à faible dose) dans le cadre d'un protocole de diagnostic logique et intelligent fondé sur des logarithmes de risques (tenant compte de critères tels que l'âge, les paquets-années et l'exposition à des substances cancérigènes) afin d'éviter autant que possible les surdiagnostics et les surtraitements;

4. d'analyser les résultats des études sur le rapport coûts/efficacité des protocoles de diagnostic du cancer du poumon et du cancer de la prostate, et d'en tenir compte afin de faciliter et d'optimiser une politique efficace en tenant compte de l'évolution des connaissances scientifiques.

27 octobre 2022

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. middels de terugbetaling via het RIZIV de vroegtijdige detectie en in opzet curatieve behandeling van prostaatkanker te bevorderen door middel van het faciliteren van een PSA-gebaseerd diagnoseprotocol voor prostaatkanker bij gezonde mannen van 50 tot 70 jaar, dit door middel van risicostatificatie en het uitvoeren van een MRI vooraleer over gegaan wordt tot biopsieën bij mannen met een PSA-waarde groter dan 3µg/L;

2. de voor- en nadelen op lange termijn van een diagnoseprotocol met PSA-testing in combinatie met prostaat-MRI's te monitoren, om vervolgens waar nodig het (terugbetalings)beleid bij te sturen, rekening houdend met de evoluerende wetenschappelijke inzichten;

3. eveneens middels de terugbetaling via het RIZIV, de vroegtijdige detectie en behandeling van longkanker te bevorderen middels het faciliteren van een (lage dosis) CT-scan kaderend in een logisch en intelligent diagnoseprotocol op basis van risicologarithmes (rekening houdend met criteria zoals de leeftijd, de pakjaren en de blootstelling aan kankerverwekkende stoffen), teneinde overdiagnoses en overbehandelingen zoveel mogelijk te vermijden;

4. de resultaten van de kosteneffectiviteitsstudies met betrekking tot longkanker- en prostaatkankerdiagnose-protocollen te monitoren en mee te nemen teneinde ter zake een efficiënt beleid te faciliteren en te optimaliseren, rekening houdend met de evoluerende wetenschappelijke inzichten.

27 oktober 2022

Kathleen DEPOORTER (N-VA)
 Frieda GIJBELS (N-VA)
 Mieke CLAES (N-VA)
 Sigrid GOETHALS (N-VA)
 Anneleen VAN BOSSUYT (N-VA)
 Darya SAFAI (N-VA)
 Katrien HOUTMEYERS (N-VA)
 Theo FRANCKEN (N-VA)